

**ZUR HÄUFIGKEIT VON ALKOHOLKRANKEN
IN EINER INTERNISTISCHEN KLINIK**

BENNO SCHRANNER

1402

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Zur Häufigkeit von Alkoholkranken
in einer internistischen Klinik

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Benno Schranner

aus

Freising

1 9 8 2

Gedankt sei an dieser Stelle Herrn Prof. Dr.
H.Hippius für die Aufgabenstellung und Herrn
Dr. D.Athen für die ausführliche Betreuung.

Die wissenschaftliche Untersuchung konnte von
Juli 1978 bis April 1979 auf der internisti-
schen Abteilung des Kreiskrankenhauses Freising
durchgeführt werden.

Für die freundliche Zustimmung und Unterstützung
danke ich daher dem Chefarzt Herrn Dr. R. von
LaRosée und den dortigen Ärzten.

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: ...Prof. Dr. H. Hippus....

Mitberichterstatter:

Dekan:Prof. Dr. W. Spann.....

Tag der mündlichen Prüfung: ..15. Juli 1982....



I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
1. <u>EINLEITUNG</u>	1
1.1 Der Alkoholismus in unserer Gesellschaft	1
1.2 Bedeutung des Alkoholismus im Gesundheitswesen	1
2. <u>FRAGESTELLUNG</u>	3
3. <u>KRANKENGUT UND METHODIK</u>	4
3.1 Ort und Patientengut	4
3.2 Zeitraum und Untersuchung	4
3.3 Untersuchungsinstrument	5
3.3.1 Definition des Alkoholismus	5
3.3.2 Münchner Alkoholismustest (= MALT)	5
3.3.3 Halbstandardisiertes Interview	8
3.4 Durchführung der Untersuchung	9
3.5 Gesichtspunkte für die Auswertung	11
4. <u>ERGEBNISSE</u>	14
4.1 Häufigkeit der alkoholbedingten Aufnahmen	14
4.1.1 Prävalenzzahlen bei der Untersuchung aller Patienten durch den MALT	14
4.1.2 Diskrepanz zwischen MALT und Diagnose der Ärzte	16
4.1.3 Prävalenzzahlen im Gesamtzeitraum der Untersuchung	16
4.2 Geschlechterverteilung der alkoholbedingten Aufnahmen	18

5.6 Vergleich der Häufigkeit von bestimmten Trinkertypen mit allgemeinen und spezi- ellen Zahlen	39
5.7 Bedeutung der internistischen Abteilungen für die Förderung von Krankheitseinsicht und die Einleitung von Entziehungsbehandlung	40
6. <u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	43
7. <u>LITERATUR</u>	44

4.3 Charakterisierung der diagnostizierten Alkohol.	18
4.3.1 Altersverteilung	19
4.3.2 Internistische Krankheitsbilder	19
4.3.3 Psychiatrisch und neurologische Krankheitsbilder	20
4.3.4 Häufigkeit eines Zusammenhangs der Krankheitsbilder mit dem Alkoholmißbrauch	22
4.4 Ergebnisse aus den Interviews	22
4.4.1 Trinkertyp	23
4.4.2 Krankheitseinsicht und Motivation für eine Behandlung	23
4.4.3 Vorausgegangene Therapie	24
5. <u>DISKUSSION</u>	25
5.1 Vergleich unserer Prävalenzzahlen mit anderen epidemiologischen Studien	25
5.1.1 Vergleichbarkeit entsprechender Arbeit	25
5.1.2 Vergleich mit europäischen Arbeiten	26
5.1.3 Vergleich mit anglo-amerikanischen Arbeiten	28
5.2 Aussagekraft unserer Prävalenzzahlen	29
5.2.1 Dunkelziffer	29
5.2.2 Auswirkungen des Untersucher-Patient-Verhältnisses	30
5.2.3 Fehlerquelle durch das Untersuchungsinstrument	31
5.2.4 Sonderstellung des Frauenalkoholismus	31
5.3 Vergleich der ermittelten Geschlechterverteilung bei Alkoholikern	32
5.4 Vergleich der Altersverteilung mit der von Alkoholikern aus Trinkerheilstätten	33
5.5 Zusammenhang des Alkoholismus mit evtl. Begleit- und Folgekrankheiten	34
5.5.1 Internistische Krankheitsbilder	35
5.5.2 Psychiatrische und neurologische Krankheitsbilder	38

1. E I N L E I T U N G

1.1 Der Alkoholismus in unserer Gesellschaft

Wie aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes hervorgeht, ist der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol in der BRD von 3,27 Litern im Jahre 1950 auf 12,34 Liter im Jahre 1976 gestiegen (3/11). Der französische Statistiker LEDERMANN behauptet, daß zwischen dem pro capita Verbrauch und der Prävalenz des Alkoholismus ein mathematischer Zusammenhang besteht (12). Doch auch ohne diese indirekte Methode zur Bestimmung der Alkoholismushäufigkeit, läßt sich empirisch feststellen, daß parallel zur Steigerung des Alkoholkonsums die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken ständig zugenommen hat. Die DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTGEFAHREN (DHS) weist darauf hin, daß zur Zeit etwa 2 - 3 % der Gesamtbevölkerung in der BRD als Alkoholiker im JEL-LINEKSCHEN Sinne und 7 % als Alkoholgefährdete angesehen werden müssen (7). Bei der Alkoholkrankheit handelt es sich um das größte sozialmedizinische Problem in der BRD und um eine sogenannte "Familienkrankheit", da neben der Alkoholkranken auch die Familie meist in Folge der Begleitumstände mitbetroffen ist. Die nicht unmittelbar Betroffenen haben die immensen volkswirtschaftlichen Schäden zu tragen.

1.2 Bedeutung des Alkoholismus im Gesundheitswesen

Aus einer Erhebung in 25 öffentlichen und privaten psychiatrischen Kliniken bzw. Fachkrankenhäusern in Bayern geht hervor, daß die Zahl derer, die 1972 als Alkoholkranke stationär behandelt wurden, auf 4243 belief, während sie 1975 bereits 6797 betrug (38).

2. F R A G E S T E L L U N G

Eine epidemiologische Studie soll Klarheit darüber verschaffen, in welcher Häufigkeit Alkoholkranke unter dem Patientengut einer internistischen Abteilung zu finden sind.

Daneben soll festgestellt werden, welche internistischen oder psychiatrischen Krankheitsbilder zur Aufnahme führen bzw. in der Vergangenheit geführt haben und wie häufig dabei ein evtl. Zusammenhang zur Alkoholerkrankung besteht.

Für evtl. therapeutische Konsequenzen ist es ferner von Interesse, inwieweit die Alkoholkranken bereits durch psychiatrische Kliniken, Fachkliniken, niedergelassene Nervenärzte bzw. Anonyme Alkoholiker vorbehandelt sind oder überhaupt für eine Behandlung motiviert sind.

Außerdem soll Alter und Geschlechterverteilung der Alkoholiker festgestellt werden.

Schließlich ist eine Zuordnung zu den Trinkertypen nach JELLINEK vorgesehen.

Die interministerielle Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs stellt fest, daß bis zu einem Drittel der Neuaufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern Suchtkranke stellen, von denen wiederum 80 % Alkoholkranke sind (3).

Während für den psychiatrischen Bereich zahlreiche Erhebungen vorliegen, fehlen, wie u.a. TROJAN feststellt, Prävalenzzahlen aus Allgemeinkrankenhäusern weitgehend (42).

Tatsächlich werden Alkoholiker nicht zuletzt wegen der internistischen Folgekrankheiten häufig auf internmedizinische Abteilungen stationär behandelt. Nach Schätzungen von Internisten stehen sicherlich mehr als 10 % der Neuaufnahmen auf internistischen Stationen mit übermäßigem Alkoholkonsum im Zusammenhang. Nach den Angaben von KATZ wurden 1975 in den Akutkrankenhäusern mehr Alkoholiker behandelt als Patienten mit Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, Asthma, Gicht, Tuberkulose und Infektionen des Verdauungssystems (22).

Wenn sich diese Zahlen bestätigen sollten, müßte die Aufklärung der Alkoholkranken und das Therapieangebot während des Krankenhausaufenthaltes intensiviert werden.

3.3 Untersuchungsinstrument

3.3.1 Definition des Alkoholismus

Eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung dieser epidemiologischen Studie war die zuverlässige Diagnosestellung des Alkoholismus.

Da der Begriff Alkoholismus häufig uneinheitlich verwendet wird, soll er hier so definiert werden, daß er der Definition der WHO (16) entspricht:

"Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen. Daher brauchen sie eine Behandlung."

In ihrer Erweiterung schließt sie den Kontrollverlust und die Unfähigkeit, sich des Alkohols zu enthalten, mit ein (16).

3.3.2 Münchner Alkoholismustest (= MALT)

Der von FEUERLEIN entwickelte Alkoholismustest (= MALT) berücksichtigt nach Angaben der Autoren alle wesentlichen Aspekte dieser weitgefaßten Definition (17). Dieser Test ist sowohl als Suchtest als auch zur Absicherung der Diagnose geeignet. Als Anwendungsgebiete nennen die Autoren u.a. die Alkoholismusforschung, insbesondere epidemiologische und prospektive Studien, die ein zuverlässiges und standardisierbares Außenkriterium für den Alkoholismus erfordern (17). Deshalb erscheint der MALT für unser Vorhaben besonders geeignet.

3. K R A N K E N G U T U N D M E T H O D I K

3.1 Ort und Patientengut

Für die Durchführung der Studie wurde eine internistische Abteilung mit 178 Betten im Kreiskrankenhaus Freising gewählt. Das Einzugsgebiet besteht hauptsächlich aus der Stadt Freising mit ca. 30000 Einwohnern und des dazugehörigen Landkreises.

Die Bevölkerung ist dadurch gekennzeichnet, daß sie sich in unmittelbarer Nähe zur Großstadt München (30 km Entfernung) befindet. Sie setzt sich zusammen aus Stadtbevölkerung und zum Teil bäuerlicher Landbevölkerung.

In dieser Population dürfte die Prävalenz des Alkoholismus in etwa den zu erwartenden Zahlen in der BRD entsprechen.

Eine gewisse Selektion des Patientengutes bestand darin, daß die Infektionsabteilung, die Intensivstation und die Privatstation nicht einbezogen werden konnten.

3.2 Zeitraum der Untersuchung

Um jahreszeitlich bedingte Unterschiede in der Aufnahmehäufigkeit der Alkoholiker auszugleichen, wie sie beispielsweise durch vermehrte stationäre Aufenthalte von nichtseßhaften Trinkern in kühleren Jahreszeiten auftreten können, wurde die Untersuchung während eines Gesamtzeitraums von einem Jahr in vier Abschnitten von jeweils einem Monat durchgeführt, so daß etwa in jedem Quartal eine Befragung erfolgte.

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen über Beschwerden und Probleme, die im Zusammenhang mit Alkoholtrinken auftreten können. Bitte machen Sie für jede dieser einzelnen Feststellungen entweder in der Spalte „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ ein Kreuz.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Feststellung nicht richtig paßt. Kreuzen Sie aber trotzdem *immer* eine der beiden Antworten an, und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände	☐	☐
2. Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz	☐	☐
3. Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren	☐	☐
4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten	☐	☐
5. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. zweiten Frühstück Alkohol trinke	☐	☐
6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken	☐	☐
7. Ich denke häufig an Alkohol	☐	☐
8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde	☐	☐
9. In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	☐	☐
10. An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht	☐	☐
11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin	☐	☐
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig	☐	☐
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt	☐	☐
14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z. B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)	☐	☐
15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken	☐	☐
16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme	☐	☐
17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen	☐	☐
18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben	☐	☐
19. Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht	☐	☐
20. Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke	☐	☐
21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht	☐	☐
22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben	☐	☐
23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden	☐	☐
24. Man hat mich schon wiederholt auf meine „Alkoholfahne“ angesprochen	☐	☐

Abb.2: Selbstbeurteilungsbogen des MALT (16)

Wie Abbildung 1 und 2 zeigen, besteht der MALT aus einer Fremdbeurteilungs- und einer Selbstbeurteilungsskala. Um möglichst alle Alkoholiker zu erfassen und nach Möglichkeit falsch positive Diagnosen auszuschließen wird zwischen Patienten differenziert, die 6 - 10 Punkte erreichen und damit als Alkoholismus-verdächtig bzw. -gefährdet zu betrachten sind und solche, die mit 11 oder mehr Punkten mit Sicherheit als Alkoholiker diagnostiziert werden.

Für die Berechnung der jeweiligen Gesamtscores ist folgende Itemgewichtung vorgeschrieben:
Jede positive Antwort im Selbstbeurteilungsbogen wird als ein Punkt gewertet, jede positive Feststellung im Fremdbeurteilungsbogen ergibt 4 Punkte.

	trifft zu	trifft nicht zu								
1. Lebererkrankung (mindestens ein klinisches Symptom: zum Beispiel vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz oder anderes und mindestens ein pathologischer Laborwert: zum Beispiel GOT, GPT oder Gamma-GT sind notwendig)	☐	☐								
2. Polyneuropathie (trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, zum Beispiel Diabetes mellitus oder eindeutige chronische Vergiftungen)	☐	☐								
3. Delirium tremens (jetzt oder in der Vorgeschichte)	☐	☐								
4. Alkoholkonsum von mehr als 150 ml (bei Frauen 120 ml) reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat *)	☐	☐								
5. Alkoholkonsum von mehr als 300 ml (bei Frauen 240 ml) reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat *)	☐	☐								
6. Foetor alcoholicus (zur Zeit der ärztlichen Untersuchung)	☐	☐								
7. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben schon einmal Rat gesucht wegen Alkoholproblemen des Patienten (zum Beispiel beim Arzt, dem Sozialdienst oder anderen entsprechenden Einrichtungen)	☐	☐								
*) Anhaltspunkte zur Bestimmung der reinen Alkoholmengen: <table border="0"> <tbody> <tr> <td>1,0 l Bier (zirka 4 Prozent Alkohol) = 40 ml</td> <td>0,7 l Likör (zirka 30 Prozent Alkohol) = 210 ml</td> </tr> <tr> <td>0,7 l Wein (zirka 10 Prozent Alkohol) = 70 ml</td> <td>0,7 l Schnaps (zirka 40 Prozent Alkohol) = 280 ml</td> </tr> <tr> <td>0,7 l Sekt (zirka 12 Prozent Alkohol) = 84 ml</td> <td>1 kleiner Schnaps (zirka 0,02 l) = 8 ml</td> </tr> <tr> <td>0,7 l Süßwein (zirka 20 Prozent Alkohol) = 140 ml</td> <td>1 großer Schnaps (zirka 0,04 l) = 16 ml</td> </tr> </tbody> </table>			1,0 l Bier (zirka 4 Prozent Alkohol) = 40 ml	0,7 l Likör (zirka 30 Prozent Alkohol) = 210 ml	0,7 l Wein (zirka 10 Prozent Alkohol) = 70 ml	0,7 l Schnaps (zirka 40 Prozent Alkohol) = 280 ml	0,7 l Sekt (zirka 12 Prozent Alkohol) = 84 ml	1 kleiner Schnaps (zirka 0,02 l) = 8 ml	0,7 l Süßwein (zirka 20 Prozent Alkohol) = 140 ml	1 großer Schnaps (zirka 0,04 l) = 16 ml
1,0 l Bier (zirka 4 Prozent Alkohol) = 40 ml	0,7 l Likör (zirka 30 Prozent Alkohol) = 210 ml									
0,7 l Wein (zirka 10 Prozent Alkohol) = 70 ml	0,7 l Schnaps (zirka 40 Prozent Alkohol) = 280 ml									
0,7 l Sekt (zirka 12 Prozent Alkohol) = 84 ml	1 kleiner Schnaps (zirka 0,02 l) = 8 ml									
0,7 l Süßwein (zirka 20 Prozent Alkohol) = 140 ml	1 großer Schnaps (zirka 0,04 l) = 16 ml									

Abb.1: Fremdbeurteilungsbogen des MALT (14)

Zusatzfragebogen

Alter _____

Geschlecht : männlich () weiblich ()

internist. Begleiterkrankung _____

psychiatr.-neurol. Begl.erkr. _____

vorausgehende Behandlung wegen internist.

Begleiterkrankung _____

Krankheitseinsicht ja () nein ()

Motivation zur Behandlung ja () nein ()

vorausgegangene Behandlung ja () nein ()

Art der Behandlung _____

Kontakt zu AA ja () nein ()

Trinkertyp nach Jellinek Gamma () Delta ()

Abb.3: Zusatzfragebogen für das halb-
standardisierte Interview

3.4 Durchführung der Untersuchung

Anhand des Aufnahmebuches konnte auf jeder Station sichergestellt werden, daß auch alle Neuzugänge registriert wurden. Auf diese Weise konnten auch jene Patienten erfaßt werden, die wegen Alkoholintoxikation häufig nur die Nacht über stationär liegen. In diesem Fall galt es lediglich die Zahl der Patienten mit Alkoholausbruch festzustellen.

Der Selbstbeurteilungsbogen wurde den Patienten mit der Bitte überreicht, diesen vollständig auszufüllen. Es wurde den Patienten versichert, daß es sich hierbei um eine wissenschaftliche Arbeit handle und daß die Angaben selbstverständlich vertraulich behandelt werden würden bzw. die Namen anonym blieben. Aufgrund der Vereinbarung, die Namen anonym zu lassen, wurde die Spalte für den Namen der Patienten weggelassen. Die sichere Zuordnung des erreichten Punktwertes zum Gesamtergebnis wurde durch sofortige Übertragung des Wertes aus dem Selbstbeurteilungsbogen sichergestellt.

Die vom Untersucher durchgeführte Fremdbeurteilung stützt sich auf Informationen aus den Krankengeschichten, der Ärzte, des Pflegepersonals und auf eigenen Erhebungen.

3.3.3 Halbstandardisiertes Interview

Neben diesen für den MALT notwendigen Fragen, waren wie eingangs erwähnt noch zusätzliche Punkte von Interesse, für die hauptsächlich das halbstandardisierte Interview den gewünschten Aufschluß bringen sollte. Als Anhalt diente dem Untersucher der dafür konzipierte Zusatzfragebogen, der in Abbildung 3 dargestellt ist. Dieser Fragebogen wurde vom Untersucher ausgefüllt und für die Patienten erstellt, die als Alkoholiker diagnostiziert wurden.

Die internistischen Diagnosen wurden erst nach Entlassung der entsprechenden Patienten aus den abgeschlossenen Krankengeschichten übernommen.

nur die Patienten gezielt mit dem MALT zu befragen, bei denen die Ärzte Alkoholismus nicht mit Sicherheit ausschließen konnten. Vor Abschluß der Untersuchung wurde während eines 14-tägigen Zeitraumes zur Kontrolle noch einmal allen Patienten der Fragebogen überreicht. Dabei stellte sich heraus, daß durch die Hinweise der Ärzte alle Alkoholiker erfaßt werden konnten. Somit gewährleistet unser methodisches Vorgehen die relativ zuverlässige Erfassung der Alkoholiker.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse werden wir gesondert auf den 1 1/2-monatigen Zeitraum eingehen, während dessen alle Patienten mit dem MALT befragt wurden.

3.5 Gesichtspunkte für die Auswertung

Die bei der Untersuchung vorgesehenen Zusatzfragen für Alkohol Kranke sollen Aufschluß geben über Alter, Geschlecht, Trinkertyp und Diagnosen.

Bei der Betrachtung der Altersverteilung diente eine Differenzierung in 4 Gruppen. Die Gruppe der jüngsten Patienten ging bis incl. 25 Jahren, die der ältesten begann ab 51 Jahren. Die beiden anderen umfaßten Patienten von 26 - 40 Jahren bzw. von 41 - 50 Jahren.

Bei der Fragestellung nach dem Trinkertyp wurde auf die Typologie von JELLINEK zurückgegriffen, die sich weltweit durchgesetzt hat, und einen Vergleich mit anderen Arbeiten zuläßt. Besonders sinnvoll erscheint die Dichotomisierung in Gamma- und Delta-Alkoholikern, was etwa der Einteilung in süchtige Trinker und Gewohnheitstrinker entspricht (12). Bei dieser Untersuchung wird also differenziert in Gamma- und Delta-Alkoholiker.

Schon während des 1. Untersuchungsmonats zeigten sich einige Patienten erheblich irritiert, als ihnen der Fragebogen vorgelegt wurde, der auch für den Laien erkennbar, ganz offensichtlich auf die Erfassung der Alkoholiker abzielt. Manche fühlten sich zu Unrecht als Trinker verdächtigt und schienen sehr verärgert zu sein. Andere befürchteten, daß ihre Angaben nicht vertraulich behandelt würden. Die ablehnende Haltung ging bei einigen Patienten so weit, daß sie die Neuzugänge bei der Ausfüllung des Testbogens zu beeinflussen versuchten. Um den Klinikbetrieb nicht zu stören, mußte das methodische Vorgehen in den folgenden 3 Monaten geändert werden. Der Fragebogen wurde nur noch denjenigen Patienten vorgelegt, bei denen der behandelnde Arzt eine Alkoholerkrankung nicht mit Sicherheit ausschließen konnte.

Diese Veränderung der Methode war schon von Anfang an in Erwägung gezogen worden, da die Ärzte bereits vorher Schwierigkeiten dieser Art prophezeiten, und die Ansicht vertraten, Alkoholiker bzw. Gefährdete von Nicht-Trinkern einigermaßen sicher unterscheiden zu können. Um die Zuverlässigkeit der Untersuchung durch die Änderung der Methode nicht zu sehr zu beeinträchtigen, sollte bereits im 1. Monat der Befragung die Diskrepanz zwischen der Diagnose "Alkoholismus" durch den MALT bzw. durch die Ärzte überprüft werden. Die Ärzte sollten deshalb unabhängig von der Diagnose durch den MALT ihr Urteil "keine Anhaltspunkte für Alkoholismus" bzw. "Verdacht auf Alkoholismus" abgeben.

Im 1. Monat der Untersuchung zeigte es sich, daß nur 2 von 27 Alkoholikern von den Ärzten nicht erkannt wurden. Wegen dieser weitgehenden Übereinstimmung zwischen Hinweisen der Ärzte und Diagnose durch den MALT schien es berechtigt, in den folgenden 3 Monaten

Aus dem psychiatrisch-neurologischen Sektor wurden folgende Diagnosen berücksichtigt:

Alkoholintoxikation

Alkoholentzugssyndrome (incl. prädelirante Zustände, Delir)

Polyneuropathie, Encephalopathie

cerebrale Anfälle

In einer 3. Kategorie "Sonstige" werden Mischtypen und solche zusammengefaßt, die nicht in diesen beiden Gruppen einzuordnen waren.

Da für die aufgenommenen Alkoholkranken meist nicht nur internistische sondern auch psychiatrische bzw. neurologische Krankheitsbilder maßgebend waren, ist es sinnvoll beide zu berücksichtigen. Es wurden - wie bereits erwähnt - die Entlassungsdiagnosen verwendet. Nur solche Diagnosen wurden berücksichtigt, die in mindestens 5 % der Fälle gestellt wurden. Die meisten Krankengeschichten hatten mehrere Diagnosen aufzuweisen. Deshalb ist es für die Frage nach der Häufigkeit eines Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Folge- bzw. Begleiterkrankungen sinnvoll, festzustellen, in wieviel der Fälle zu mindestens eine Diagnose eine solche Beziehung haben könnte.

Aus der einschlägigen Literatur wurden folgende Krankheitsbilder mit einem engen Zusammenhang zum Alkoholismus gewählt (12/23):

Aus dem internistischen Bereich interessierten folgende Diagnosen:

Lebererkrankungen (Hepatitis nur, wenn Virusgenese nicht nachgewiesen)

Pankreatitis

Gastrointestinale Störungen (Gastritis, Ulcus ventr. + duod.)

alk. Kardiomyopathie

Hyperuricämie

Hyperlipidämie

TB (Lunge)

Von den 211 Patienten, die mit dem MALT untersucht werden konnten, erhielten 160 Patienten weniger als 6 Punkte, was nach FEUERLEIN bedeutet, daß sie nicht als Alkoholismus-gefährdet bzw. -verdächtig zu betrachten sind.

51 Patienten erreichten dagegen 6 oder mehr Punkte. Bezogen auf die 320 Patienten sind dies 16 %. Davon gelten nach FEUERLEIN 17 Patienten (5 %) mit 6 bis 10 Punkten als Alkoholismus-gefährdet bzw. -verdächtig, 34 Patienten (11 %) mit 11 oder mehr Punkten als Alkoholiker.

Diese Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Tab. 1: Ergebnisse der Befragung bei allen Neuzugängen (n = 320)

mit dem MALT untersucht n=211 (66%)	160 (50%)	weniger als 6 Pkt. -Unverdächtige-
	17 (5%)	6 - 10 Pkt. -Gefährdete-
	34 (11%)	mehr als 11 Pkt. -Alkoholiker-
nicht befragbar: n=109 (34%)	58 (18%)	gesundheitl. Zustand zu schlecht
	30 (9%)	nur kurzfristig stationär / davon 12 mit Rausch
	12 (4%)	sprachl. Schwierigkeiten
	9 (3%)	Weigerung

4. E R G E B N I S S E

4.1 Häufigkeit der alkoholbedingten Aufnahmen

Während der 4-monatigen Untersuchung wurden auf den vier internen Stationen insgesamt 849 Neuzugänge registriert. Aus Tabelle 2 geht die Häufigkeit der Aufnahmen in den einzelnen Monaten hervor. Von den 849 Patienten waren 440 männlichen Geschlechts (52 %) und 409 (48 %) weiblich.

4.1.1 Prävalenzzahlen bei der Untersuchung aller Patienten durch den MALT

Wir betrachten zunächst den Zeitraum der Untersuchung, in dem sämtliche Neuzugänge in die Befragung einbezogen worden sind. Das trifft für die Zeit vom 24. Juli 78 bis 23. August 78 und die Zeit vom 17. bis 30. April 79 zu. Dabei handelt es sich um 320 Patienten, nämlich 227 im Sommer 78 und 93 im April 1979.

Von diesen 320 Patienten wurden 109 aus folgenden Gründen nicht mit dem MALT untersucht:
58 Patienten waren infolge ihres schlechten gesundheitlichen Zustandes (Apoplex, Arteriosklerose, Altersschwäche, ...) nicht in der Lage, die Fragen zu beantworten. 30 Patienten konnten aufgrund ihres kurzen stationären Aufenthalts nicht erfaßt werden; darunter befanden sich allerdings 12 mit Alkoholverbrauch. 12 Patienten konnten wegen sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten nicht befragt werden (Gastarbeiter). 9 Patienten weigerten sich, den Fragebogen auszufüllen.

Wenn man von diesen 109 Patienten die 12 mit Alkoholverbrauch abzieht, bleiben 97, die jedoch nach Meinung der Ärzte nicht dem Kreise der Alkoholkranken angehören dürften.

3 % der Aufnahmen sind durch Alkoholräusche bedingt. Demnach spielt der Alkoholismus in weitestem Sinne bei 18 % der Aufnahmen eine Rolle.

Tab. 2: Häufigkeit der Neuzugänge, Alkoholiker, Alkoholgefährdeten und Alkoholräusche im gesamten Untersuchungszeitraum

Zeitraum	Neu- zugänge	mehr als 11 Pkt.	6 - 10 Pkt.	Räusche
24.Juli 78 bis 23.Aug. 78	227	27	13	9
18.Sept.78 bis 17.Okt. 78	218	28	10	5
11.Dez. 78 bis 10.Jan. 79	203	21	3	6
1.April 79 bis 30.Apr. 79	201	17	7	7
Gesamtzeitr.	849(100%)	93(11%)	33(4%)	27(3%)

Vermutlich entsteht durch das Untersuchungsinstrument MALT eine "Unterdiagnostizierung":

Nach Meinung der Ärzte waren nämlich einige Patienten, die sich nach dem MALT mit 6 - 10 Punkten als Gefährdete erwiesen, ziemlich sicher als Alkoholiker anzusehen. Es ist anzunehmen, daß sie im Selbstbeurteilungsbogen ihre Probleme massiv verleugnet haben. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, daß einige Patienten den Fragebogen nicht ausgefüllt haben, jedoch durch den Fremdbeurteilungsteil alleine als Alkoholiker diagnostiziert wurden.

4.1.2 Diskrepanz zwischen MALT und Diagnose der Ärzte

Interessant ist nun, daß 2 der 34 Alkoholiker (6%) von den Ärzten als unverdächtig im Hinblick auf Alkoholismus bezeichnet worden waren. Wenn wir uns für den restlichen Zeitraum der Untersuchung auf die Hinweise der Ärzte beschränken, bedeutet dies, daß ein relativ kleiner Anteil an Alkoholikern nicht erfaßt wird. Außerdem wären 4 von 17 nach MALT "Verdächtigen" übersehen worden, wenn man sich auf das Urteil der Ärzte verlassen hätte; das entspräche einer Ungenauigkeit von ca. 25 %. Bemerkenswert ist, daß von diesen 4 Patienten 3 Frauen waren.

4.1.3 Prävalenzzahlen im Gesamtzeitraum der Untersuchung

Bei der Betrachtung des gesamten Untersuchungszeitraumes darf für die Alkoholikerhäufigkeit angenommen werden, daß mit einer Ungenauigkeit, die sich geringer als 10 % erwiesen hat, zu rechnen ist. Die Zahl der Gefährdeten mit 6 - 10 Punkten dürfte jedoch um ca. 20 % höher sein. Da es sich, wie oben erwähnt, hauptsächlich um Frauen handelt, die sich der Diagnose entziehen, muß die Häufigkeit bei der Geschlechterverteilung mit Vorbehalt betrachtet werden.

Aus Tabelle 2 gehen die Zahlen der Alkoholiker, der Alkoholgefährdeten und Alkoholräusche für den gesamten Untersuchungszeitraum hervor.

Nach dieser Untersuchung stellen 11 % der Neuaufnahmen Alkoholiker. Bei weiteren 4 % ist zumindestens eine Gefährdung bzw. Verdacht im Hinblick auf Alkoholismus wahrscheinlich.

Im Endeffekt sind 84 verschiedene Patienten für die Zahl von 93 Alkoholikern ausschlaggebend. Deshalb ist es bei der folgenden Betrachtung sinnvoll, von 84 Patienten auszugehen.

4.3.1 Altersverteilung

Die Betrachtung der Altersverteilung zeigt, daß 5 % der 84 Alkoholiker 25 Jahre und jünger sind. 40 % gehören der Altersgruppe von 26 - 40 und 23 % der Gruppe von 41 - 50 an. Immerhin sind 32 % älter als 50 Jahre (siehe Abbildung 4).

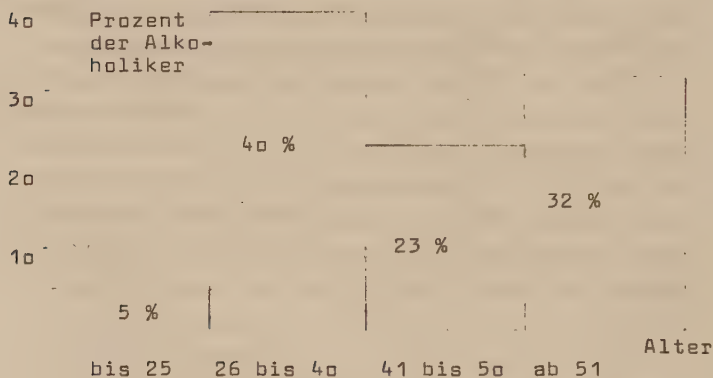


Abb. 4: Altersverteilung der Alkoholiker

4.3.2 Internistische Krankheitsbilder

Einen Überblick über die bei den Alkoholikern diagnostizierten Krankheitsbilder vermittelt Tabelle 4. Es verwundert nicht, daß gerade die internistischen Krankheitsbilder, die auch mit dem Alkoholismus immer wieder in Zusammenhang gebracht werden, bei der ermittelten Alkoholikerpopulation relativ häufig festgestellt wurden.

4.2 Geschlechterverteilung der alkoholbedingten Aufnahmen

Aus Tabelle 3 geht hervor, daß 14 % der Alkoholiker und 18 % der Verdächtigen bzw. Gefährdeten auf Frauen entfallen. Wie oben festgestellt, dürften diese Zahlen tatsächlich etwas höher liegen, weil bei der angewandten Untersuchungsmethode Frauen sich eher der Diagnose zu entziehen scheinen als Männer. Bemerkenswert erscheint die Häufigkeit der Alkoholeräusche bei Frauen mit 22 %.

Tab. 3: Geschlechtsverteilung der alkoholbezogenen Aufnahmen

	Alkoholiker	Gefährdete	Räusche	gesamt
männl.	80 (86%)	27 (82%)	21 (78%)	128 (84%)
weibl.	13 (14%)	6 (18%)	6 (22%)	25 (16%)
zusammen	93	33	27	153

Bezieht man die 80 männlichen Alkoholiker auf die Zahl der 440 männlichen Neuzugänge, so bedeutet dies, daß ca. 18 % der männlichen Patienten Alkoholiker sind. Analog dazu sind nur 3 % der weiblichen Patienten Alkoholiker.

4.3 Charakterisierung der diagnostizierten Alkoholiker

Wie aus den Prävalenzzahlen hervorgeht, sind 93 Alkoholiker im Untersuchungszeitraum aufgenommen worden. Es handelt sich dabei jedoch nicht um 93 verschiedene Patienten, sondern einige sind mehrmals mit mehr oder weniger dem gleichen Krankheitsbild als Neuzugänge registriert worden.

Tab. 4: Häufigkeit internist., psychiatr.
und neurolog. Diagnosen mit evtl.
Zusammenhang zum Alkoholismus

	Anzahl der Alkoholiker	Prozent d.Alk.
Lebererkrankungen	57	68 %
Hepatopathie	22	26 %
Fettleber	18	21 %
Hepatitis (alk.)	5	6 %
Zirrhose	12	14 %
Gallenerkrankungen	5	6 %
Pankreaserkrankungen	8	10 %
Erkrankungen d. oberen Verdauungstrakts	15	18 %
Diabetes mell.	18	21 %
Hyperuricämie	11	13 %
Hyperlipidämie	8	10 %
Nierenerkrankungen	13	15 %
Pulmonale Erkrankungen		
Pneumonie	5	6 %
Bronchitis	10	12 %
Tuberkulose	4	5 %
Herz und Kreislauf		
Herzinsuffizienz	8	10 %
Kreislaufkollaps	8	10 %
Herzinfarkt und Angina pect	6	7 %
Arteriosklerose (Apoplex)	6	7 %
Hypertonie	8	10 %
Entzugssyndrom, delirante Zustände	18	21 %
Polyneuropathie	12	14 %
cerebrale Anfälle	6	7 %
Alk.-intoxikation (z.T. in Zusammenhang mit Suizidversuchen)	8	10 %
Psychosen	4	5 %

Lebererkrankungen wurden in 68 % der Fälle diagnostiziert, und stehen damit an erster Stelle. 18 % der Diagnosen betreffen den oberen Verdauungstrakt, wobei hier am häufigsten die Gastritis zu nennen ist. Hyperuricämie wurde in 13 % der Fälle und Hyperlipidämie in 10 % festgestellt. Ebenfalls mit 10 % schlugen die Pankreaserkrankungen zu Buche. Lungentuberkulose bzw. der Zustand danach wurde in 5 % diagnostiziert.

Weiterhin wurden folgende Krankheitsbilder diagnostiziert, die zwar nach KISSIN und BEGLEITER eine Beziehung zum Alkoholismus haben können (23), jedoch nicht als typische Alkoholfolge- und Begleiterkrankheiten betrachtet werden. So fand sich bei 21 % der Fälle eine Störung des Zuckerstoffwechsels (Diabetes mell., bzw. latenter Diabetes), bei 12 % Bronchitis, bei 15 % eine Nierenerkrankung und bei je 10 % Bluthochdruck, Kreislaufkollaps bzw. Herzinsuffizienz. Arteriosklerose, pektanginöse Beschwerden (bzw. deren Folgezustände) und Pneumonien fanden sich in weniger als 10 % der Fälle.

4.3.3 Psychiatrisch und neurologische Krankheitsbilder

Bei den Erkrankungen aus dem psychiatrischen bzw. neurologischen Bereich sind mit 21 % Entzugssyndrome bzw. praedelirante Zustände bis zum Vollbild des Delir am häufigsten. Bei 14 % der Fälle wurde eine Polyneuropathie festgestellt.

4.4.1 Trinkertyp

Unter den 75 Patienten fanden sich mit 31 Patienten (41 %) mehr Gamma-Alkoholiker als Delta-Alkoholiker, die mit 24 Patienten 32 % ausmachten. Bei den Männern war jedoch das Verhältnis von süchtigen Trinkern (38 %) und Gewohnheitstrinkern (34 %) nahezu ausgeglichen. Die Frauen erwiesen sich dagegen zu 64 % als Gamma-Alkoholiker und nur zu 18 % als Delta-Alkoholiker. Auf die Gesamtzahl der 75 Fälle bezogen, gehörten 27 % der Gruppe Mischtyp oder Sonstige an. Diese Ergebnisse sind in der Tabelle 5 zusammengefaßt.

Tab. 5: Zugehörigkeit der Alkoholiker zu einem Trinkertyp nach JELLINEK und entsprechende Verteilung nach Geschlecht und Krankheitseinsicht

	Alkoholiker n = 75	männlich n = 64	weiblich n = 11	krankheits- einsichtig n = 30
Gamma- Alkoholiker	31 (41%)	24 (38%)	7 (64%)	19 (63%)
Delta- Alkoholiker	24 (32%)	22 (34%)	2 (18%)	6 (20%)
Mischtyp/ Sonstige	20 (27%)	18 (28%)	2 (18%)	5 (17%)

4.4.2 Krankheitseinsicht und Motivation für eine Behandlung

Bei Gesprächen mit den Patienten zeigte es sich, daß von den 75 Alkoholikern 30 (40%) krankheitseinsichtig waren. Darunter befanden sich 19 Gamma- und 6 Delta-Alkoholiker, ferner 5 Mischtypen; dies entspricht einem prozentualen Anteil von 63 %, 20 % bzw. 17 % (s.Tab. 5).

10 % der Alkoholiker waren wegen Alkoholintoxikationen z.T. in Zusammenhang mit Tablettenintoxikationen aus suicidalen Absicht aufgenommen worden. 7 % litten an cerebralen Anfällen und 5 % wurden psychotisch bezeichnet, wobei es sich nicht nur um alkoholinduzierte Psychosen handelte.

4.3.4 Häufigkeit eines Zusammenhangs der Krankheitsbilder mit dem Alkoholmißbrauch

Es zeigte sich, daß 35 von 84 Patienten (42 %) zumindestens eine Diagnose aus dem psychiatrisch-neurologischen Gebiet in dem eingangs definierten Sinne hatten. Mindestens eine internistische Diagnose mit engem Zusammenhang zum Alkoholismus wurde bei 71 Patienten (85 %) festgestellt. Nur 3 Patienten (4 %) wiesen überhaupt keine Diagnose in beiden Bereichen auf, die in Beziehung zum Alkoholismus stehen könnte.

Anhand der anamnestischen Daten ließ sich zurückverfolgen, daß bei mindestens 44 Patienten, was mehr als die Hälfte der Fälle ausmacht, ein vorausgegangener Aufenthalt auf einer internistischen Abteilung wegen evtl. alkoholbedingter Erkrankungen notwendig war.

4.4 Ergebnisse aus den Interviews

Die weiteren Ergebnisse stützen sich hauptsächlich auf die Informationen aus den Gesprächen mit den Patienten. Da jedoch 9 der nach FEUERLEIN als alkoholkrank zu betrachtenden Patienten nur lückenhafte Angaben machten, weil sie entweder zu krank waren, sich geweigert hatten oder sich nicht verständigen konnten, reduziert sich für die weitere Darstellung die Zahl der Fälle von 84 auf 75.

5. D I S K U S S I O N

5.1 Vergleich unserer Prävalenzzahlen mit anderen epidemiologischen Studien

5.1.1 Vergleichbarkeit entsprechender Arbeit

Ein Vergleich der ermittelten Ergebnisse mit denen anderer Erhebungen ist aus vielerlei Gründen problematisch:

Vergleichbare Prävalenzzahlen liegen im deutschsprachigen Raum kaum vor. Deshalb müssen einige der zahlreicheren Arbeiten aus dem anglo-amerikanischen Bereiche herangezogen werden. ANTONS (2) hält jedoch den interkulturellen Vergleich von Alkoholismusdaten für ein zweifelhaftes Unterfangen, da für die Entwicklung des Alkoholismus spezifische soziokulturelle Verhältnisse eine große Rolle spielen. Außerdem weisen die Behandlungssysteme beträchtliche Unterschiede auf.

Zudem zeichnen sich die meisten epidemiologischen Arbeiten durch weitgehende Inhomogenität im methodischen Vorgehen aus. Bereits bei der Begriffsdefinition des Alkoholismus divergieren die Ansichten. REDLICH / FREEDMAN (36) kommen zu der treffenden Feststellung:

"In der Literatur über den Alkoholismus werden viele Bezeichnungen mit erschreckender Unbestimmtheit verwendet."

So bevorzugen manche Autoren - wie DON CAHALAN - grundsätzlich den Begriff Problemtrinken, worunter sie übermäßigen Alkoholkonsum verstehen, der zu körperlichen, psychischen und sozialen Problemen führt (13). KELLER wiederum legt großen Wert auf das Phänomen des Kontrollverlustes (12).

Lediglich 16 (21%) von den 75 Patienten schienen für eine Behandlung motiviert zu sein. Zum Teil wurden sie tatsächlich an die Anonymen Alkoholiker bzw. Fachkrankenhäuser vermittelt. Es handelte sich hauptsächlich um Gamma-Alkoholiker.

4.4.3 Vorausgegangene Therapie

Nach den Angaben der Patienten befanden sich 21 Patienten (28%) mindestens schon einmal in spezieller Behandlung wegen ihrer Alkoholerkrankung. Manche hatten schon mehrere Therapieeinrichtungen aufgesucht. So gaben 10 Patienten (13%) an, schon Kontakt mit den Anonymen Alkoholikern gehabt zu haben. 12 Patienten (16%) hatten einen zum Teil abgebrochenen Kuraufenthalt in einem Fachkrankenhaus hinter sich. 6 Patienten (8%) sind schon in psychiatrischer Behandlung wegen ihrer Alkoholerkrankung gewesen (siehe Tabelle 6).

Von den 54 Alkoholkranken (72%), die noch keine spezielle Behandlungseinrichtung beansprucht hatten, erwiesen sich 12 Patienten (22%) als krankheitseinsichtig, und nur 5 Patienten (9%) waren für eine entsprechende Behandlung aufgeschlossen.

Tab. 6: Krankheitseinsicht, Motivation für eine Therapie und bereits erfolgte Behandlung bei Alkoholikern (n = 75)

krankheitseinsichtig	30	40 %
motiviert für spezielle Therapie	16	21 %
bereits erfolgte Therapie	21	28 %
bei Anonymen Alkoholikern	10	13 %
Entziehungskur	12	16 %
psychiatrische Behandlung	6	8 %
keine Behandlung	54	72 %

Bezogen auf beide Geschlechter fand der Autor, daß 1973 10 % der Gesamtaufnahmen alkoholbezogen waren.

Die Ergebnisse unserer Arbeit stehen in der gleichen Größenordnung: bei den Männern 18 % alkoholbezogene Aufnahmen, insgesamt 11 %. Lediglich der Frauenalkoholismus liegt bei uns mit 3 % im Gegensatz zu LACHNITT's 1,1 % wesentlich höher. Dieser auffällig niedrige Wert dürfte den noch zu diskutierenden Verdacht erhärten, daß der Alkoholismus der Frau mit einer beträchtlichen Dunkelziffer einhergeht.

Die Vergleichbarkeit läßt sich jedoch nur mit Einschränkungen mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie durchführen. Zum einen scheint sich das Krankengut anders zusammensetzen als unseres: LACHNITT nennt einen hohen Anteil von Industriearbeitern und eine nicht unerhebliche Anzahl von Patienten aus dem naheliegenden Weinbaugebiet. Zum anderen geht aus dem Bericht nicht hervor, wie methodisch vorgegangen wurde.

Trotz dieser Vorbehalte scheint die Arbeit nicht nur wegen der soziokulturellen Nachbarschaft am geeignetsten für den Vergleich. In dieser Arbeit ist nämlich im Gegensatz zu anderen die Häufigkeit von Alkoholintoxikationen dokumentiert. Danach waren 1973 knapp 1 % der Aufnahmen wegen akuter Alkoholintoxikationen bedingt, während es bei uns 3 % sind. Interessant ist jedoch, daß diese Zahl früher mit etwa 1,5 % höher lag. Nach Meinung des Autors sank die Zahl, weil die Krankenkassen für stationäre Behandlung wegen Alkoholräsche nicht mehr aufkamen.

Bei einer weiteren Studie im europäischen Raum stellten PEDRAZZOLI und TAFNER fest, daß auf einer

Die vorliegende Arbeit geht, wie bereits dargestellt, von der erweiterten WHO-Definition aus, in der auch JELLINEK's wesentliche Charakteristika, nämlich der Kontrollverlust und die Unfähigkeit, sich des Alkohols zu enthalten, Eingang gefunden haben (16).

Die Uneinheitlichkeit in der Begriffsbestimmung muß sich zwangsläufig bei der Diagnosestellung in den entsprechenden epidemiologischen Studien niederschlagen. Andererseits erschweren unterschiedliche Diagnoseinstrumente zusätzlich die Vergleichbarkeit dieser Arbeiten. Aus einer Studie von GOMBERG (18) geht hervor, daß bei der Diagnosestellung zum Teil standartisierte Tests, wie der Michigan Alc. Screening Test (MAST), halbstandartisierte Methoden anhand von "drinking histories" bzw. ärztliche Diagnosen verwendet werden. Schließlich geht aus den meisten Arbeiten hervor, daß das Krankengut nicht als repräsentativ gilt.

5.1.2 Vergleich mit europäischen Arbeiten

Daß das Alkoholismusproblem zu Anfang dieses Jahrhunderts noch keine so große Rolle wie heute gespielt hat, geht aus einer Studie von KERSCHENSTEINER (24) hervor. Er stellte fest, daß von 1910 bis 1914 auf den medizinischen Abteilungen des Krankenhauses Schwabing in München ungefähr 4 % der aufgenommenen Kranken an den Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums gelitten haben. Der Frauenalkoholismus stand damals mit einem Anteil von ca. 10 % noch sehr im Hintergrund.

Nach einer 6-Jahres-Statistik einer internen Abteilung in Wien sind nach LACHNITT (25) bei den Männern die alkoholbezogenen Aufnahmen von 1968 von 8,1 % bis 1973 auf 18,4 % gestiegen.

Die Zahl letzterer belief sich bei uns auf 4 %. MOORE fand unter den Männern genauso wie wir 18 % Alkoholiker und unter den Frauen mit 5,5 % fast doppelt so viele.

5.2 Aussagekraft unserer Prävalenzzahlen

Bei dem Vergleich der verschiedenen Studien fällt auf, daß die Aussagekraft der Ergebnisse von der Repräsentativität des Krankenguts und vom methodischen Konzept abhängig ist. Das Zustandekommen unserer Zahlen muß deshalb hinsichtlich der Aussagekraft einer kritischen Beleuchtung unterzogen werden.

5.2.1 Dunkelziffer

Das Ergebnis, daß 11 % der Neuaufnahmen Alkoholiker sind, muß als Mindestmaß betrachtet werden. Während des größeren Teils des Untersuchungszeitraumes wurden nämlich nur die Patienten mit dem MALT erfaßt, bei denen Alkoholismus nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Bei der Untersuchung wurde jedoch sichergestellt, daß durch diese Einschränkung weniger als 10 % der Alkoholiker der Diagnose entgingen. Dagegen geht FEUERLEIN von einer höheren Dunkelziffer aus (16). Er fand, daß ca. 5 % der klinisch angeblich alkoholismusunverdächtigen Kontrollpatienten nach einer individuellen Überprüfung aufgrund ihres Testergebnisses eindeutig den Alkoholikern zugeordnet werden müssen. Es ist naheliegend anzunehmen, daß bei unserer Erhebung eine nicht geringe Anzahl von Patienten bei der Ausfüllung der Fragebögen Verleugnungstendenzen zeigte, weil sie wahrscheinlich Konsequenzen in Form von Sanktionen auf die zutreffenden Antworten erwarteten.

internistischen Abteilung eines Trienter Krankenhauses (Südtirol) 35,9 % der Männer Alkoholiker waren (33). Gleichzeitig machen die Autoren jedoch geltend, daß das Krankengut weitgehend aus Arbeitern und Bauern einer bekannten Weingegend besteht und somit nicht repräsentativ erscheint.

In Rom sind nach Angaben der Autoren Häufigkeitszahlen von ca. 15 % ermittelt worden, die wieder in unserer Größenordnung liegen.

5.1.3 Vergleich mit anglo-amerikanischen Arbeiten

Von den anglo-amerikanischen Studien der letzten 10 Jahre ist die von MALETZKY und KLOTTER (USA) zu erwähnen (28). Sie fanden auf den medizinischen und chirurgischen Abteilungen eines Hospitals ca. 17,1 % Alkoholiker. Für die Diagnosestellung waren die Richtlinien des National Council on Alc. (NCA) maßgebend. Im Krankenhaus wurden jedoch nur Soldaten und deren Angehörige behandelt. Unter einem ähnlich selektierten Krankengut fand GOMBERG (18), daß 26 % zur Zeit der Aufnahme Alkoholprobleme besaßen und 29 % im vorausgegangenen Zeitraum solche aufwiesen. Auf die höchsten Prävalenzzahlen kam TAMAYO (USA) mit 41,3 % (41). Ähnlich wie bei GOMBERG ist unklar, bis zu welchem Schweregrad er Patienten mit Alkoholproblemen erfaßte. Als Richtlinien nennt er "diagnosis of alcoholism and alcohol-related disorder or possible alcoholism".

Schließlich ist sicher die Arbeit von MOORE (30) erwähnenswert, die von der Methode und von den Ergebnissen her mit vorliegender Studie Ähnlichkeiten aufweist. MOORE stellt die Diagnose mit Hilfe des MAST und fand 10 % Alkoholiker und 3,5 % mögliche Alkoholiker (30).

Vielleicht ist gerade wegen dieser Schwierigkeiten das Thema "Häufigkeit des Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus" bisher im deutschsprachigen Raum kaum bearbeitet worden. Für eine zukünftige Arbeit auf diesem Gebiet wäre vorzuschlagen, daß ein auf der Station eingearbeiteter Arzt, der für das Alkoholproblem aufgeschlossen ist, eine entsprechende Erhebung durchführt.

5.2.3 Fehlerquelle durch das Untersuchungsinstrument

Der MALT kann grundsätzlich für die Diagnosestellung verwendet werden. Die durch ihn ermittelten Häufigkeitszahlen beruhen auf einem standardisierten Kriterium und sind somit gut vergleichbar. Der MALT hat zudem den Vorteil, daß er an repräsentativen Kontrollgruppen validiert wurde (17). Ein Nachteil für die Anwendung auf dem internistischen Bereich besteht darin, daß manche Patienten nicht in der Lage sind, den Selbstbeurteilungsbogen zu beantworten. Deshalb ist es bei einer epidemiologischen Untersuchung in einem Krankenhaus grundsätzlich nicht möglich, alle Patienten mit diesem Untersuchungsinstrument zu erfassen.

FEUERLEIN (17) stellt fest, daß 90 % der Alkoholiker mit dem MALT als solche identifiziert werden, während weitere 8 % nur einen Punktwert erreichen, der sie als Verdächtige bzw. Gefährdete erscheinen läßt. Auch bei unserer Arbeit dürften sich nicht wenige Alkoholiker nur als "Gefährdete" erwiesen haben, was die Dunkelziffer erhöht.

5.2.4 Sonderstellung des Frauenalkoholismus

Für das Zustandekommen unserer Dunkelziffer scheint die Sonderstellung des Frauenalkoholismus eine große Rolle zu spielen.

5.2.2 Auswirkungen des Untersucher-Patient- Verhältnisses

Entscheidend für die Ermittlung der wahren Häufigkeiten ist wohl letztlich nicht das Untersuchungsinstrument, sondern das Arzt-(Untersucher-)Patientenverhältnis. ANTONS (2) weist darauf hin, daß die Persönlichkeit des Interviewers und der individuelle Interaktionsprozess besonders entscheidend für die Befragung von Alkoholikern ist, wichtiger sogar als die Schulung des Untersuchers.

In der vorliegenden Studie konnte der Interviewer, der auf vier Stationen alle Neuaufnahmen befragen sollte, sich sowohl aus zeitlichen wie auch aus organisatorischen Gründen nicht jedem Patienten in befriedigender Weise widmen. Zudem wirkte sich die Einseitigkeit des Verhältnisses zum Patienten nachteilig aus. Der Untersucher ist nämlich auf die Bereitwilligkeit und ehrliche Mitarbeit des Patienten angewiesen, dieser erfährt jedoch keine Gegenleistung. Zusätzlich wird die Tabuisierung des Alkoholismus in der Gesellschaft den unmotivierten Patienten zur Verheimlichung bzw. Bagatellisierung seines Alkoholabusus verleiten (13).

Das mangelnde Therapieangebot für Alkohol Kranke in unseren Allgemeinkrankenhäusern drängt den Patienten zur Somatisierung seiner Probleme und beeinflusst so die Dunkelziffer. JANKOWSKI (20) meint dazu:

"... the therapeutic focus is often diverted from alcohol abuse ... the patient hospital relationship is a transient one which allows patient denial of alcohol abuse ..."

5.4 Vergleich der Altersverteilung mit der von Alkoholikern aus Trinkerheilstätten

Bei der Betrachtung der Altersverteilung fällt auf, daß die Alkoholkranken im Durchschnitt wesentlich jünger sind als die übrigen internistischen Patienten. Nur knapp ein Drittel unserer Alkoholiker sind älter als 50 Jahre, während der überwiegende Teil des internistischen Krankenguts aus über 50-jährigen besteht. Auch KATZ (22) stellt fest, daß die zur stationären Behandlung kommenden Alkoholiker durchschnittlich jünger sind als die meisten Patienten vieler anderer Krankheitsgruppen. Zur genaueren Analyse der Altersverteilung dienen nicht direkt vergleichbare Ergebnisse, wie sie von FEUERLEIN, KATZ und JANZ (12/22/21) jeweils an Patienten gewonnen wurden, die wegen ihrer Alkoholkrankheit nicht internistische Behandlungseinrichtungen aufsuchen mußten. Diese Autoren stellen fest, daß ca. 5 - 10 % der Alkoholiker 25 Jahre oder jünger sind. Wir liegen mit 5 % an der unteren Grenze. Die Mehrzahl der alkoholkranken Patienten sind nach JANZ und KATZ in der Gruppe von 31 bis 40 Jahren, nach FEUERLEIN in der Gruppe von 26 - 40 zu finden. Auch bei unserer Erhebung ist dieser Trend festzustellen, wobei allerdings auf die letztgenannte Gruppe bei uns 40 % entfallen, während es bei FEUERLEIN 50 % sind. Auch die Gruppe der 41 - 50-jährigen ist mit ca. 23 % nicht so stark besetzt wie bei den anderen Autoren mit ungefähr 30 %. Dagegen sind bei den über 50-jährigen 32 % der Alkoholiker zu finden, während die oben zitierten Autoren hier nur halb so hohe Zahlen nennen.

Vielleicht ist diese deutliche Verschiebung der Altersverteilung nach oben dadurch zustande gekommen, daß sich internistische Folgekrankheiten relativ

Das Trinken der Frau ist in der Gesellschaft stärker verpönt als das des Mannes. Frauen trinken auch lieber zuhause und eher heimlich (3/5). Das bekannte Zitat

"Frauen trinken heimlich, Männer unheimlich" ist zwar eine grobe Pauschalierung, enthält jedoch trotzdem einen Kern Wahrheit.

5.3 Vergleich der ermittelten Geschlechter- verteilung bei Alkoholikern

Nach den vorliegenden Ergebnissen sind 14 % der Alkoholiker Frauen. Dieser Anteil dürfte wohl etwas höher anzusetzen sein. Das Verhältnis von alkoholkranken Männern zu Frauen liegt in der BRD bei 4 - 5 zu 1 (7). Unser ermitteltes Verhältnis liegt mit 6 zu 1 an der untersten Grenze. Mit 23,5 % manifestiert sich der Anteil an alkoholkranken Frauen, die sich in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachkliniken befinden, über dem BRD-Durchschnitt. Für diese hohen Zahlen dürfte auch der hohe Anteil an Gamma-Trinkern bei den Frauen mitverantwortlich sein. Gamma-Trinker befinden sich in höherem Maße als andere in Trinkerheilstätten (12).

Wie bereits erläutert, dürfte für den relativ niedrigen Anteil an Frauen bei der vorliegenden Erhebung die stärkere Tabuisierungstendenz maßgebend sein. Außerdem scheint nach JANZ bei Frauen der mittelschwere im Gegensatz dazu bei Männern der schwere Alkoholismus zu überwiegen (21). Es wäre denkbar, daß deshalb verhältnismäßig mehr Männer an internistischen Folgekrankheiten leiden, und somit relativ mehr Männer auf internen Stationen aufgenommen werden.

Wenn wir die Krankheitsbilder unserer Alkoholiker mit der Literatur vergleichen wollen, tauchen wieder große Schwierigkeiten auf. Die meisten epidemiologischen Studien lassen sich im Hinblick auf internistische Aspekte nicht direkt vergleichen. Meistens werden andere diagnostische Einteilungen bevorzugt und häufig nur eine Hauptdiagnose in die Statistiken einbezogen, wie z.B. aus einer Arbeit von McCUSKER (29) hervorgeht.

Verschiedene Autoren machen jedoch Angaben, wie häufig Alkoholiker durchschnittlich an evtl. Folgekrankheiten leiden. Natürlich muß bei einem Vergleich mit solchen Zahlen bedacht werden, daß die auf den internistischen Abteilungen behandelten Alkoholiker nicht repräsentativ für die Alkoholiker generell sein können, sondern daß unsere Population unter ganz bestimmten Selektionskriterien zustandegekommen ist. Erstaunlich erscheint, daß trotz der unterschiedlichen Populationen zum Teil Zahlen genannt werden, die in der Größenordnung der hier ermittelten Ergebnisse stehen.

5.5.1 Internistische Krankheitsbilder

Nach FEUERLEIN (12) findet man bei 10 - 20 % der Alkoholiker eine Leberzirrhose; diese Diagnose wurde bei uns in 14 % der Fälle gestellt. Eine Fettleber läßt sich nach REMY (37) bei 30 - 40 % der Alkoholiker diagnostizieren, eine Alkoholhepatitis bei etwa 15 %. Somit leiden nach diesen Angaben ca. 65 % der Alkoholiker an häufigen Lebererkrankungen, während bei unserer Untersuchung mit 68 % geringfügig mehr ermittelt wurden. Im einzelnen sind die Häufigkeiten dieser Lebererkrankungen nicht zu vergleichen, da bei unseren Patienten häufig nur globale Diagnosen "Hepathie" gestellt wurden.

spät manifestieren und verhältnismäßig spät zur Aufnahme in den internistischen Abteilungen zwingen. Tatsächlich bedarf - wie REMY behauptet - eine beginnende Leberzirrhose zu ihrer Entwicklung etwa 15 Jahre, eine fortgeschrittene ist erst nach etwa 20 Jahren chronischem Alkoholismus festzustellen (37). Außerdem ist zu berücksichtigen, daß die herangezogenen Zahlen nicht der altersmäßigen Schichtung der Alkoholiker in der Gesamtbevölkerung entsprechen, sondern sich häufig auf das Krankengut von Fachkliniken beziehen, wo z.B. von der Therapie der Spätschäden des Alkoholismus abgesehen wird (2). Gerade aber diese müssen auf internistischen Abteilungen behandelt werden.

5.5 Zusammenhang des Alkoholismus mit evtl. Begleit- und Folgekrankheiten

Der Zusammenhang des Alkoholismus mit den internistischen Folge- und Begleiterkrankungen ist nicht immer eindeutig. KERSCHENSTEINER (24) weist in einer Arbeit nach dem 1. Weltkrieg darauf hin, daß in manchen Fällen der Alkoholismus nicht die einzige Ursache der jeweiligen Folgekrankheit sein muß. Ein solcher Zusammenhang ist immer nur bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, niemals aber gesichert. Natürlich erhöht bei einer evtl. Folgekrankheit die zusätzliche Diagnose "Alkoholismus" die Wahrscheinlichkeit einer ursächlichen Beziehung erheblich. So sind nach EDER und GEDIGK (9) bis zu 50 % der Leberzirrhosen ätiologisch auf den Alkoholkonsum zurückzuführen. Werden dagegen bei einem Patienten beide Diagnosen Alkoholismus und Leberzirrhose gestellt, so kann man mit viel höherer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß ein kausaler Zusammenhang besteht.

Evtl. liegt unser Wert von 5 % zu niedrig, da es denkbar ist, daß TB-verdächtige gleich auf Infektionsstationen aufgenommen werden.

Bei den Organkomplikationen ist auch die alkohol. Kardiomyopathie zu nennen. Diese Diagnose wurde allerdings bei unserer Untersuchung nicht gestellt. Vielleicht würden sich einige Fälle von Herzinsuffizienz bei genauer Prüfung der von BOLTE (4) dargestellten Ausschlusskriterien als alkoholische Kardiomyopathien erweisen.

Von den Stoffwechselkrankheiten werden die Hyperlipidämien häufig in Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholgenuß gebracht. In 10 % der Fälle fanden wir eine entsprechende Diagnose. Wie STEINBRECHER (40) feststellt, wurden bei gezielten Untersuchungen bei 21 % der Alkoholiker erhöhte Fettwerte (besonders der Neutralfette) gefunden. Es ist jedoch denkbar, daß bei den in unserer Studie zugrunde liegenden Entlassungsdiagnosen Hyperlipidämien nur bei markanten Befunden aufgeführt wurden. SIRTORI (39) fand sogar bei 30 % italienischer Alkoholiker erhöhte Fettwerte.

Häufig tritt eine Hyperuricämie in Gesellschaft mit der Hyperlipidämie auf (19). Bei unserer Untersuchung fand sich in 13 % der Fälle eine Hyperuricämie.

Daß bei 85 % die Klinikaufnahme wegen einer der hier diskutierten Folgekrankheiten zumindestens mitbedingt war, erscheint aufgrund der Häufigkeit entsprechender Diagnosen verständlich. Das Ergebnis, wonach nur knapp über die Hälfte der Patienten bereits einen früheren stationären Aufenthalt auf internistischen Abteilungen wegen einer Folgekrankheit hinter sich hatte, zeigt, daß es für viele Alkoholiker

Pankreaserkrankungen wurden in 10 % der Fälle diagnostiziert. Nach FEUERLEIN stellen Alkoholiker die zweitgrößte Gruppe unter den Pankreaspatienten dar. Der Zusammenhang von Pankreatitiden und Alkoholismus ist allerdings sehr umstritten. Die Häufigkeitsangaben, wonach Pankreasentzündungen dem Alkoholtrinken angelastet werden, reichen nach PIROLA von 5 - 68 % (34).

Erkrankungen des oberen Verdauungstraktes werden häufig mit dem Übermäßigen Alkoholkonsum in Beziehung gebracht. Auf pathophysiologischer Ebene ist die chemische Reizung der Mucosa nachgewiesen (10), und auf psychopathologischer Ebene wird die Ähnlichkeit der Ulkuspersönlichkeit mit der des Süchtigen diskutiert (1). Nach Angaben von LORBER (26) kann man bei der Hälfte der Alkoholiker Veränderungen der Magen- und Dünndarmschleimhaut feststellen. Wir fanden bei 18 % die Diagnosen Gastritis bzw. Ulkus ventr. et duod. Sicherlich ließen sich höhere Zahlen finden, wenn nicht nur bei entsprechender Indikation gastroskopiert worden wäre.

Die Anfälligkeit der chronischen Alkoholiker für Infekte, besonders des Respirationstrakts, ist bekannt (31). Unter ungünstigen sozialen Verhältnissen ist die Gefährdung durch die Lungentuberkulose nicht auszuschließen. OLIN und GRZYBOWSKI (32) fanden bei Gefängnisinsassen, daß 81 % der Alkoholiker positive Tuberkulinreaktionen zeigten, während die restlichen Inhaftierten nur zu einem Drittel positiv reagierten. Im Kings County-Downstate Medical Center (27) sind über 70 % der Tuberkulose-Patienten Alkoholiker. Diese Zahlen sind sicher unter besonderen Selektionskriterien zustande gekommen. Im allgemeinen erkrankten Alkoholiker 10 mal häufiger an Tuberkulose als Nicht-Alkoholiker (21).

7 % unserer Alkohol-Patienten litten zur Zeit bzw. in der Vergangenheit an entsprechenden Anfällen. Sowohl genuine als auch symptomatische Epilepsien kommen dafür in Frage. Nach POECK (35) stellt das rezidivierende alkoholische Praedelir die häufigste Ursache für das Auftreten einer symptomatischen Epilepsie dar.

Neben den nur kurzfristig stationär behandelten Patienten mit Alkoholrausch war bei 10 % der Alkoholiker wegen akuter Alkoholintoxikation und zusätzlichen internistischen Krankheitsbildern ein längerer Krankenhausaufenthalt notwendig. Bei der Hälfte dieser Fälle lag außerdem eine Tablettenintoxikation aus suicidalen Absicht vor. Nach FEUERLEIN (12) ist die Selbstmordhäufigkeit bei Alkoholikern um 8 - 75 mal höher als in der Normalbevölkerung. WESSELY und PERNHAUPT (43) stellten bei weiblichen Alkoholikern eine 4 - 5 mal höhere Suicidrate als bei männlichen Alkoholikern fest. Wegen der geringen Zahl von Suicidpatienten ist in unserem Krankengut zum Geschlechtsverhältnis keine Aussage möglich.

Die Bedeutung dieser wahrscheinlich alkoholbedingten psychiatrischen bzw. neurologischen Krankheitsbilder auf internen Stationen ist beträchtlich. Immerhin hatten 42 % der Alkoholiker zumindestens eine Diagnose auf diesem Sektor aufzuweisen.

5.6 Vergleich der Häufigkeit von bestimmten Trinkertypen mit allgemeinen und speziellen Zahlen

Nicht immer einfach ist die Typologisierung der Alkoholiker in Gamma- und Delta-Alkoholiker aufgrund eines Kurzinterviews. So mußten 27 % einem Mischtyp bzw. keinem dieser beiden Typen zugerechnet werden.

ker der erste entsprechende Krankenhausaufenthalt zu sein scheint, falls man ihren Angaben immer Glauben schenken darf.

5.5.2 Psychiatrische und neurologische Krankheitsbilder

Von den alkoholbedingten psychiatrischen Krankheitsbildern haben wir Erscheinungsformen, die mit psychomotorischer Unruhe, Halluzinationen und praedeliranten Zuständen bis zum Vollbild des Delirium tremens einhergehen, in Anlehnung an FEUERLEIN (12) und DÖRNER (8) zu einer Gruppe mit dem Oberbegriff Entzugssyndrom zusammengefaßt. Diese Maßnahme war sinnvoll, weil die entsprechenden Bezeichnungen (z.B. praedeliranter Zustand) offensichtlich uneinheitlich verwendet wurden. FEUERLEIN (12) erwähnt eine Untersuchung von VICTOR und ADAMS, woraus hervorgeht, daß etwa die Hälfte ihrer Alkoholiker Zeichen des Entzugssyndroms zeigten, während wir bei 21 % eine entsprechende Diagnose fanden. Natürlich stellt sich wie bei der Polyneuropathie die Frage, inwieweit bei unserer Untersuchung auch leichtere Fälle in der Diagnose ihren Niederschlag fanden.

Die Polyneuropathie kann nach MÖRL (31) als die häufigste neurologische Folgekrankheit des chronischen Alkoholismus angesehen und bei etwa 20 % der Alkoholiker zu erwarten werden. Bei den hier ermittelten Alkoholikern ließ sich diese Diagnose in 14 % der Fälle stellen.

Unter den Alkoholfolgekrankheiten auf dem Gebiet der Neurologie sind auch epileptische Anfälle zu nennen. Nach FEUERLEIN (12) weisen ca. 20 % der hospitalisierten Alkoholiker in der Anamnese epileptische Anfälle auf. Gleichzeitig werden auch wesentlich niedrigere Werte genannt (12).

tur nicht zu finden. Lediglich FEUERLEIN weist darauf hin, daß Alkoholiker meistens krankheitsuneinsichtig sind (14) bzw. erst am Tiefpunkt ihres gesundheitlichen Zustandes "reif" für die Einsicht werden (12).

So ist die Tatsache, daß etwa 40 % unserer Alkoholiker Krankheitseinsicht erkennen lassen, so zu interpretieren, daß sie bei ihrem stationären Aufenthalt weitgehend am gesundheitlichen Tiefpunkt angelangt sind. Im überwiegenden Maße sind es die Gamma-Alkoholiker, die krankheitseinsichtig bzw. motiviert für eine Behandlung sind oder eine solche bereits hinter sich hatten.

Tatsächlich finden sich in Fachkliniken und bei den Anonymen Alkoholikern hauptsächlich Gamma-Trinker, worauf FEUERLEIN hinweist (12). Daß häufig nicht alle krankheitseinsichtigen Patienten für eine Behandlung motiviert sind, liegt sicher daran, daß die Therapie eine Aufgabe des Suchtmittels, welches eine unmittelbar verstärkende Wirkung ausübt, mit sich bringen würde (12).

Die Feststellung, daß sich manche Patienten bereits mehrmals in Therapie befanden, ist nicht verwunderlich, da die Rückfallquote bei der Entziehungsbehandlung als verhältnismäßig hoch angegeben wird (12). Nur knapp 30 % unserer Alkoholkranken haben bereits eine spezielle Behandlung wahrgenommen, während mehr als 70 % bisher unbehandelt sind.

Interne Stationen stellen also eine wichtige Zäsur im Krankheitsverlauf von Alkoholikern dar. Deshalb sollte hier in größerem Rahmen als bisher ein entsprechendes Therapieangebot unterbreitet werden.

Ansonsten fanden wir im Krankengut mehr Gamma-Alkoholiker (41 %) als Delta-Alkoholiker (32 %). Diese Relation dürfte auch in etwa für die Gesamtbevölkerung gelten. Zuverlässige Angaben konnten nicht gefunden werden, außer der qualitativen Feststellung, daß in romanischen Ländern der Delta-Alkoholiker überwiegt, während im übrigen Europa und in den angelsächsischen Ländern der Gamma-Alkoholismus dominiert (2). FEUERLEIN und KUNSTMANN (15) fanden im Krankengut von Münchner Allgemeinkrankenhäusern, das konsiliarisch nervenärztlich untersucht wurde, mehr Delta-Alkoholiker (48 %) als Gamma-Alkoholiker (42 %). Da die Indikation für eine konsiliarische Untersuchung ein bedeutendes Selektionskriterium darstellt, ist die unmittelbare Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse nicht möglich. Dasselbe gilt für die Feststellung, wonach sich unter den ambulanten Patienten, die von niedergelassenen Ärzten an die Poliklinik überwiesen wurden, mehr Gamma-Alkoholiker (59 %) als Delta-Alkoholiker (22 %) fanden (15). Wenn wir beide Patientengruppen von FEUERLEIN gemeinsam betrachten, fällt auf, daß bei den Männern die Gamma-Alkoholiker (51 %) im Vergleich zu den Delta-Alkoholikern (35 %) überwiegen, während bei uns dieses Verhältnis ausgeglichen ist. Bei den Frauen kommen wir mit einer Relation von Gamma- zu Delta-Trinkern (64 % zu 18 %) den von FEUERLEIN und KUNSTMANN gefundenen Ergebnissen (71 % zu 20 %) sehr nahe.

5.7 Bedeutung der internistischen Abteilungen für die Förderung von Krankheitseinsicht und die Einleitung von Entziehungsbehandlung

Ebenso wie die Typologisierung ist die Beurteilung der Krankheitseinsicht nicht immer eindeutig. Genaue Angaben über diesen Punkt waren in der Litera-

6. Z U S A M M E N F A S S U N G

Während eines 4-monatigen Zeitraums sollte die Häufigkeit von Alkoholerkrankungen beim Krankengut einer internistischen Abteilung ermittelt werden.

Mit Hilfe des Münchner Alkoholismustests (MALT) von FEUERLEIN wurde festgestellt, daß 11 % der Aufnahmen als Alkoholiker anzusehen sind, und bei 4 % eine Gefährdung bzw. ein Verdacht im Hinblick auf Alkoholismus besteht. 3 % der Aufnahmen sind durch Alkoholräusche bedingt. Somit spielt das Alkoholproblem bei 18 % der Aufnahmen eine Rolle. Der Anteil an Frauen beträgt 16 %.

Die stärkste Altersgruppe bei den Alkoholikern stellen die 26 bis 40-jährigen mit 40 %.

41 % erwiesen sich als Gamma-Alkoholiker und 32 % als Delta-Trinker.

Krankheitseinsicht ließen 40 % der Alkoholiker erkennen, während 21 % für eine Behandlung motiviert waren. 28 % waren schon wegen ihrer Alkoholerkrankung speziell behandelt worden.

96 % der Alkoholiker zeigten ein Krankheitsbild, das in nahem Zusammenhang zum Alkoholismus stehen dürfte. Dabei wiesen 85 % der Alkoholiker mindestens eine alkoholbezogene internistische Diagnose und 42 % mindestens eine entsprechende psychiatr.-neurologische Erkrankung auf.

Außerdem muß hier gezielte Aufklärungsarbeit geleistet werden, um bei den Patienten den Prozeß der Krankheitseinsicht zu fördern und die Motivation für eine Behandlung zu schaffen, da letztere besonders bei den bisher unbehandelten Alkoholkern äußerst niedrig erscheint. Therapeutische Schritte zur Aufgabe des exzessiven Alkoholgenusses stellen nämlich den wichtigsten Beitrag zur Prophylaxe bzw. Heilung der beschriebenen Folgekrankheiten des Alkoholismus dar.

11. FEUERLEIN, W.: Probleme und Ergebnisse der epidemiolog. Forschung beim Alkoholismus.
Suchtgefahren 20, 234-237 (1974)
12. FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme 1975
13. FEUERLEIN, W.: Methoden und Aufgaben epidemiolog. Untersuchungen zum Alkoholismus.
In: Dokumentationen und Informationen im Dienste der Gesundheitspflege (Nacke, D. u. G.Wagner, Hrsg.). Stuttgart: Schattauer 1976
14. FEUERLEIN, W.: Diagnose der Alkoholkrankheit. Psychiatr. Aspekte - Münchner Alkoholismustest (MALT). Mkurse ärztl. Fortbild. 29 (Nr.7), 209-218 (1979)
15. FEUERLEIN, W., G. KUNSTMANN: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Vergleich zwischen zwei verschiedenen Krankenanstalten. Münch.med.Wschr. 115, 1991-1996 (1973)
16. FEUERLEIN, W., H. KÜFNER, Ch. RINGER, K. ANTONS: Münchner Alkoholismustest (MALT). Münch.med.Wschr. 119, 1275-1282 (1977)
17. FEUERLEIN, W., H. KÜFNER, Ch. RINGER, K. ANTONS: Münchner Alkoholismustest (MALT).
Weinheim: Beltz 1979
18. GOMBERG, E.S.: Prevalence of Alcoholism among Ward Patients in a Veterans Administration Hospital. J.Stud.Alcohol. 36, 1458-1467 (1975)
19. HILLMANN, R.W.: Alcoholism and Malnutrition.
In: The Biology of Alcoholism, Vol.III (Kissin, W., H.Begleiter, Ed.). New York: Plenum Press 1974
20. JANKOWSKI, C., D.E. DRUM: Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. In: Currents in Alcoholism, Vol.I (Seixas, F.A., Ed.). New York: Grune and Stratton 1977

L I T E R A T U R

1. ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin.
Berlin: De Gruyter 1951
2. ANTONS, K., W. SCHULZ: Normales Trinken und Sucht-
entwicklung, Bd. I u. II. Göttingen: Hogrefe 1977
3. Bayerisches Staatsministerium des Inneren:
Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs
in Bayern. 8. u. 10. Bericht der interministeriel-
len Arbeitsgruppe, Bamberg: St. Otto Verlag 1978
4. BOLTE, H.D.: Alkoholkardiomyopathie.
Münch.med.Wschr. 118, 355-358 (1976)
5. DEMEL, J., J. KÖHLER: Alkoholismus bei Frauen:
Ergebnisse aus den Anamnesedaten zur Situation der
alkoholkranken Frau.
In: Suchtverhalten und Geschlechtlichkeit.
Schriftenreihe des Ludwig-Boltzmann-Institutes
für Suchtforschung, Bd. III (Springer, A., Hrsg.)
Wien: Hollinek 1977
6. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren:
Die Suchtgefahren in der BRD und W-Berlin.
Alkohol- Medikamente - Tabak - Drogen. Hamm 1976
7. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren:
Zusammenfassung der Vorschläge der Dt. Haupt-
stelle gegen Suchtgefahren, Hamm o.J.
8. DÖRNER, K., U. PLOG: Irren ist menschlich oder
Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie.
Wunstorf: Psychiatrieverlag 1978
9. EDER, M., P. GEDIGK: Lehrbuch der Allgemeinen Pa-
thologie und Pathologischen Anatomie.
Berlin: Springer 1975
10. EISENBURG, J.: Alkoholismus - Internistische
Schäden, Teil I. Suchtgefahren 18 , 1-4 (1972)

32. OLIN, R., J. GRZYBOWSKI: Tuberculosis and Alcoholism. Can.Med.Ass.J. 94, 999-1001 (1966)
33. PETRAZZOLI, M., P. TAFNER: Alcoholism in Trento. Clinico-statistical data in a series of 822 men patients in a General Medical Division 1971. Quart.J.Stud.Alcohol. 35, 225 (1974)
34. PIROLA, R.C., C.S. LIEBER: Acute and Chronic Pancreatitis. In: The Biology of Alcoholism, Vol.III (Kissin, W., H. Begleiter, Hrsg.). New York: Plenum Press 1974
35. POECK, K.: Neurologie. Berlin: Springer 1974
36. REDLICH, F.C., D.X. FREEDMAN: Therapie und Praxis der Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp 1970
37. REMY, D.: Die internistischen Komplikationen des Alkoholismus. Allgemeinmedizin 20, 955-958 (1973)
38. SCHUSTER, E.: Epidemiologie des Alkoholmißbrauchs. Öff.Gesundheitswesen 39, 2-11 (1977)
39. SIRTORI, C.R.: Alcoholic Hyperlipidemia. Lancet 2, 1820-1821 (1972)
40. STEINBRECHER, W.W.: Alkoholismus und Nervensystem. Allgemeinmedizin 20, 959-965 (1973)
41. TAMAYO, M.B., D.J. FELDMAN: Incidents of Alcoholism in Hospital Patients. J.Stud.Alcohol. 38, 782 (1977)
42. TROJAN, A.: Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der BRD. Suchtgefahren 26, 1-17 (1980)
43. WESSELY, D., G. PERNHaupt: Der Alkoholismus bei Frauen im Vergleich zu einer männlichen Kontrollgruppe. Wien.med.Wschr. 123, 473-478 (1973)

21. JANZ, H.: Epidemiologie süchtigen Verhaltens.
In: Handbuch der Sozialmedizin, Bd.II (Blohmke,
M., Hrsg.). Stuttgart: Enke 1977
22. KATZ, O.: Mehr Alkoholiker als Magenkranke.
Bayer. Ärztebl. 33, 544 (1978)
23. KISSIN, B., H.BEGLEITER: The Biology of Alcoholism,
Vol.III. New York: Grune and Stratton 1977
24. KERSCHENSTEINER, H.: Die Alkoholerkrankungen im
Krankenhaus Schwabing in den Jahren 1910 - 1919.
In: Die Wirkungen der Alkoholknappeit während des
Weltkriegs (Dt. Forschungsanstalt für Psychiatrie
in München, Hrsg.). Berlin: Springer 1923
25. LACHNITT, V., H. TASCHNER: Alkoholschäden und
ihre sozialmedizinische Bedeutung. 6-Jahres-Statistik einer internen Abteilung. Wien.med.Wschr.
124, 639-643 (1974)
26. LORBER, S.H., V.P. DINOSO, W.Y. CHEY: Diseases
of the Gastrointestinal Tract. In: The Biology
of Alcoholism, Vol.III (Kissin, W., H. Begleiter,
Hrsg.). New York: Plenum Press 1974
27. LYONS, H.A., A. SALTZMAN: Diseases of the
Respiratory Tract in Alcoholics. In: The Biology
of Alcoholism, Vol.III (Kissin, W., H. Begleiter,
Hrsg.). New York: Plenum Press 1974
28. MALETZKY, B.M., J. KLOTTER: The Prevalence of
Alcoholism in a Military Hospital. J.Stud.Alcohol.
37, 1885 (1976)
29. McCUSKER, J.: Prevalence of Alcoholism in General
Municipal Hospital Population. Quart.J.Stud.
Alcohol. 33, 897 (1972)
30. MOORE, R.A.: The Prevalence of Alcoholism in a
Community General Hospital. Quart.J.Stud.Alcohol.
33, 644 (1972)
31. MÖRL, M.: Organkomplikationen bei Alkoholikern.
Arzt im Krankh. 9, 529 - 531 (1979)

Lebenslauf

Benno Ludwig S c h r a n n e r , geb. 11.10.53 in München
ledig, röm. katholisch, deutsche Staatsangehörigkeit

Eltern	Benno Schranner, Versuchstechniker Hildegard Schranner, geb. Ziegltrum, techn.Angestellte	
Schule	6 J. Volksschule in Wolfersdorf und Freising 9 J. am Josef-Hofmiller-Gymnasium in Freising Reifeprüfung 1974	
Wehrdienst	3 1/2 Monate bei der Luftwaffe	
Studium	WS 1974/75	Zulassung zum Studium der Humanmedizin an der LMU München
	SS 1976	Ärztliche Vorprüfung
	SS 1977	I. Teil der Ärztlichen Prüfung
	WS 1977/78	Zulassung zum Studium der Psychologie; seither Doppelstudium an der LMU München
	WS 1978/79	Diplomvorprüfung in der Psychologie
	WS 1980	II. Teil der Ärztlichen Prüfung
	WS 1981	III. Teil der Ärztlichen Prüfung
Prakt.Jahr	1.Trimester	II. Chirurg. Abtlg. des Städt. Krankenhauses München-Schwabing
	2.Trimester	Bezirkskrankenhaus Haar
	3.Trimester	V. Medizinische Abtlg. des Städt. Kran- kenhauses München-Schwabing
Promotion	1978/79	"Häufigkeit von Alkoholkrankungen beim Patientengut einer Medizinischen Klinik" (noch in Vorbereitung) Psychiatr. Univer- sitätsklinik München, Prof.Dr.H.Hippius
Approbation	25. Mai 1981 Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus Haar seit 1.Juli 1981	

München, den 28.1.1982 B. Schranner

